

Alcohol- en drugsgebruik onder mensen met een licht verstandelijke beperking

Alice Hammink, Carola Schrijvers en Dike van de Mheen*

Door middel van kwalitatief onderzoek is de aard van het middelengebruik (alcohol en drugs) onder mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) in kaart gebracht. We interviewden professionals ($N = 14$) en cliënten ($N = 5$) in de Rotterdamse verslavingszorg, LVB-zorg en maatschappelijke opvang. Middelengebruik onder jongeren en volwassenen met een licht verstandelijke beperking kan ernstiger gevolgen hebben dan middelengebruik onder hun leeftijdsgenoten met een normale intelligentie. Het middelengebruik heeft negatieve gevolgen voor verschillende leefgebieden, onder andere als het gaat om dagbesteding of werk, het sociale netwerk en de financiële situatie. Daarnaast laten de resultaten zien dat risicofactoren voor problematisch middelengebruik vaker voorkomen onder deze groep. Adolescenten met een LVB gebruiken voornamelijk cannabis en minder vaak alcohol, terwijl volwassenen met een LVB vooral alcohol gebruiken. Middelengebruik begint vaak onder invloed van de sociale omgeving, terwijl bij continuering van gebruik tevens het vergeten van problemen of zelfmedicatie een rol speelt. Kennis is nodig voor het ontwikkelen van een goed hulpaanbod voor mensen met problematisch middelengebruik en een LVB.

Inleiding

In de algemene bevolking komt verslavingsproblematiek regelmatig voor. Er is een groeiend besef dat deze problematiek ook onder men-

* A. Hammink MSc is onderzoeker bij het IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving te Rotterdam.

Dr. ir. C. Schrijvers was tot 1 juni 2013 onderzoekscoördinator bij het IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving te Rotterdam.

Prof. dr. D. van de Mheen is directeur Onderzoek en Onderwijs bij het IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving te Rotterdam. E-mail: vandenmheen@ivo.nl.

sen met een licht verstandelijke beperking (LVB) voorkomt. De American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) definieert LVB als een beperking die wordt gekenmerkt door substantiële beperkingen zowel in intellectueel functioneren (redeneren, leren en probleemoplossend vermogen) als in aanpassingsvermogen, en die een range van dagelijkse sociale en praktische vaardigheden bestrijkt. De beperking is ontstaan voor het achttiende levensjaar.¹ Uit een ruwe schatting blijkt dat in Nederland tussen de 70.000 en 465.000 mensen een LVB hebben (IQ 50-70) of zwakbegaafd zijn (IQ 70-85; Ras e.a., 2010). In dit onderzoek worden deze twee groepen gebundeld onder de noemer 'mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB)'. Mensen met een LVB hebben vaak bijkomende problematiek (zoals gedragsproblemen of psychiatrische stoornissen) en hebben blijvende ondersteuning nodig.

De leeftijd waarop jongeren voor de eerste keer alcohol of drugs gebruiken, lijkt volgens sommige auteurs niet te verschillen tussen jongeren met een LVB en jongeren met een normale intelligentie (Bransen e.a., 2008). Maar de literatuur is niet eenduidig: zo vinden Westermeyer, Kemp en Nugent (1996) dat jongeren met een LVB op latere leeftijd met alcohol- en drugsgebruik beginnen. Hoewel er aanwijzingen zijn dat het middelengebruik onder mensen met een LVB niet vaker voorkomt dan in de algemene bevolking (Dijkstra & Bransen, 2010), lijkt er in deze groep wel vaker sprake te zijn van middelenmisbruik en overmatig drinken (Cocco & Harper, 2002; McGillicuddy, 2006; Mutsaers, Blekman & Schipper, 2007). Exacte prevalentiecijfers zijn op grond van de literatuur niet te geven. Gebaseerd op informatie van sleutelfiguren schatten Dijkstra en Bransen (2010) dat in de relevante settings problematisch gebruik bij 10-30% van de volwassenen met een LVB voorkomt. Via de 'capture-recapture'-methode berekenen Van der Nagel e.a. dat in Nederland bij mannen boven de dertig jaar bij 0,16% van de algemene populatie (dat is bij ruim achtduizend cliënten) een combinatie van een LVB en een diagnose van middelenmisbruik of -afhankelijkheid voorkomt (Van der Nagel e.a., 2014). Daarnaast kan middelengebruik een grotere negatieve invloed hebben op het functioneren van mensen met een LVB, dan op dat van mensen zonder een LVB. Zo kan het middelengebruik invloed hebben op de verstandelijke beperking, op al bestaande gedragsproblemen of op psychiatrische stoornissen en daarnaast op de werkzaamheid van voorgeschreven medicatie. Westermeyer, Phaobtong en Neider (1988) vergeleken mensen met een LVB met en zonder problematisch midde-

1 Zie <http://www.aaidd.org>.

lengebruik. De LVB'ers met problematisch middelengebruik vertoonden meer negatieve psychologische consequenties, familieproblemen, sociale problemen en opnamen in een psychiatrisch ziekenhuis dan de LVB'ers zonder problematisch middelengebruik. Ook kan het middelengebruik negatieve gevolgen hebben zoals stemmingswisselingen, agressief gedrag, criminaliteit, suïcidale gedachten en uitbuiting (McGillicuddy, 2006; Taggart e.a. 2006).

Het middelengebruik onder mensen met een LVB lijkt daarnaast vaker te leiden tot sociale problematiek, zoals problemen met werk of problemen in de directe leefomgeving, dan onder mensen in de algemene bevolking/met een normale intelligentie (McGillicuddy, 2006; Sturmey e.a., 2003). Het gaat bovendien om een groep die moeite kan hebben met het opbouwen van sociale relaties. Zij kunnen alcohol of drugs gebruiken uit een verlangen naar sociale acceptatie, om sociaal minder remmingen te hebben of om gevoelens van eenzaamheid en isolatie te compenseren (Barrett & Paschos, 2006; McGillicuddy, 2006).

Factoren die een verhoogd risico op problematisch middelengebruik geven (zoals gedragsproblemen, middelengebruik door familieleden en het gebruik van meerdere middelen) komen bij mensen met een LVB vaker voor. De invloed van deze risicofactoren is bij mensen met een LVB even groot als bij mensen met een normale intelligentie (Clerkx & Trentelman, 2007; Didden e.a., 2009). Ook de extramuralisatie van de zorg (Christian & Poling, 1997; McGillicuddy, 2006) wordt wel genoemd als oorzaak van verhoogd problematisch gebruik onder deze groep. Met extramuralisatie wordt bedoeld dat mensen met een verstandelijke beperking meer dan vroeger in de samenleving participeren. Als gevolg hiervan komen mensen met een verstandelijke beperking mogelijk eerder en makkelijker in aanraking met alcohol en drugs (Nieuwenhuis, 2010).

DOELSTELLING EN ONDERZOEKSVRAGEN

Dit onderzoek is gericht op het in kaart brengen van het middelengebruik onder jongeren en volwassenen met een LVB in de regio Rotterdam² door middel van een kwalitatief onderzoek. De volgende onderzoeksvragen staan centraal in dit artikel.

2 Deze onderzoeksresultaten maken deel uit van een groter onderzoek naar LVB en middelengebruik in de regio Rotterdam. Het IVO voert dit onderzoek uit in opdracht van stichting De Vraagbaak en Pameijer.

- Wat zijn de kenmerken van de groep jongeren en volwassenen met zowel problematisch middelengebruik als een LVB in de regio Rotterdam en wat zijn de kenmerken van hun middelengebruik?
- Wat zijn problemen als gevolg van het middelengebruik?
- Wat zijn risicofactoren (zoals problemen thuis, verandering van leefsituatie, en de invloed van vrienden) voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik onder jongeren en volwassenen met een LVB?

Methode

In vier settings waarin mensen met een LVB zich kunnen bevinden, brachten wij de situatie wat betreft middelengebruik en risicofactoren via interviews in kaart: MEE Rotterdam³, de verslavingszorg, maatschappelijke opvang en de (L)VG-zorg.⁴ Er zijn meer settings waarin mensen met LVB zich kunnen bevinden, bijvoorbeeld het voortgezet speciaal onderwijs of sociale werkvoorzieningen, maar deze zijn om verschillende redenen (zie Discussie) buiten het onderzoek gelaten. In totaal zijn veertien professionals (behandelaren zoals een psycholoog, verpleegkundige en psychiater) en vijf mensen uit de doelgroep in de vier verschillende settings geïnterviewd middels een diepte-interview. Hierbij is een systematische inventarisatie gemaakt van de meningen van de professionals en cliënten. In tabel 1 wordt de verdeling van de interviews over de settings weergegeven.

Voor de interviews was een lijst met onderwerpen opgesteld, die als richtlijn diende voor het gesprek. Deze zogenoemde topiclijst was deels gebaseerd op een vragenlijst over LVB en verslaving die eerder door het Trimbos-instituut is gebruikt (Dijkstra & Bransen, 2010). De topiclijst voor professionals was opgedeeld in drie delen:

- algemene gegevens van de geïnterviewde en de organisatie waar hij werkzaam was;
- middelengebruik onder LVB-clienten;
- beleid van de instelling betreffende alcohol- of drugsgebruik, de begeleiding van cliënten met een LVB en samenwerking hierin met andere instellingen.

3 MEE Rotterdam ondersteunt mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking, en verwijst mensen door naar de juiste zorg en begeleiding.

4 (L)VG-zorg staat voor (licht) verstandelijk gehandicaptenzorg.

Tabel 1. Verdeling interviews over de vier settings.

	Professionals (n = 14)	Cliënten (n = 5)
MEE Rotterdam	2	-
Verslavingszorg	4	2
(L)VG-zorg	5	2
Maatschappelijke opvang	3	1
Totaal	14	5

De topiclijst voor de interviews met mensen met een LVB bevatte vragen over persoonlijke gegevens en was vervolgens toegespitst op het alcohol-, softdrugs- en harddrugsgebruik en de zorgbehoeften op het gebied van middelengebruik.

DATA-ANALYSE

De kwalitatieve gegevens werden verzameld door middel van diepte-interviews. Deze zijn digitaal opgenomen en ad verbatim uitgewerkt. De uitgewerkte interviews zijn handmatig en gelijktijdig geanalyseerd door te coderen met trefwoorden. Deze zijn vervolgens op een systematische manier verwerkt, gegroepeerd en per onderwerp samengevat. Alle interviews zijn bekeken door twee onderzoekers. Bij afwijken van de visies is overleg gepleegd tot consensus bereikt werd.

Resultaten

LVB'ERS EN HUN MIDDELENGEBRUIK

De hierna beschreven kenmerken zijn gebaseerd op de interviews met zowel professionals als cliënten. Welk type middelen de mensen met een LVB gebruiken, verschilt voor jongeren en volwassenen. De jongeren met een LVB gebruiken voornamelijk cannabis en sommigen gebruiken alcohol. Cannabis wordt zowel wekelijks als dagelijks gebruikt. Het gebruik begint omdat ze willen meedoen met leeftijdgenoten, maar daarna wordt het meer een gewoonte. Harddrugsgebruik wordt incidenteel gesignaleerd onder jongeren met een LVB; het gaat dan voornamelijk om het gebruik van xtc of cocaïne.

Niek⁵ (22) begon met blowen omdat hij 'erbij wilde horen'. Hij groeide op bij ouders die erg beschermend waren; tot zijn achttiende kwam hij nooit in aanraking met drugs. Om

5 De namen in de casusbeschrijvingen zijn gefingeerd vanwege de privacy van de geïnterviewde personen.

uiteindelijk zelfstandig te kunnen wonen, verhuisde Niek op zijn achttiende naar een trainingshuis binnen de (L)VG-zorg. 'Dan gaat er in één keer een wereld voor je open. Je wilt alles uitproberen. Toen ging ik ook meer drinken. Maar dat blowen was toen wel om stoer te doen.' Van medebewoners kreeg hij zijn eerste joint; een bizarre en enge ervaring vond hij dat. Ondanks die ervaring bleef hij blowen. Inmiddels rookt hij minimaal drie tot vier joints per dag. Niek heeft ADHD en blowt om rustig te worden. Ritalin gebruikt hij al een hele tijd niet meer. Soms blowt hij meer; laatst rookte hij bijvoorbeeld samen met vrienden 25 joints op één dag. Toen draaide hij om 11.00 uur zijn eerste joint en ging pas om 7.00 uur de volgende ochtend slapen. Naast het blowen drinkt Niek ook graag bier of whisky. Zijn eerste biertje dronk hij toen hij zestien jaar was, op een verjaardag. Hij drinkt voor de gezelligheid en dronk eerst alleen op feestjes. Sinds hij niet meer bij zijn ouders woont, is hij meer gaan drinken. Doordeweeks drinkt hij voornamelijk bier en in het weekend sterke drank. Hij vertelt dat hij in het weekend soms wel extreem veel drinkt, dan begint hij 's ochtends al met een glas whisky en drinkt hij de hele dag door, tot diep in de nacht. Een kater heeft hij niet vaak gehad, maar dat komt volgens hem doordat hij aan alcohol drinken gewend is.

Sommige jongeren met een LVB gebruiken cannabis als een vorm van zelfmedicatie, om rustig te worden of om bepaalde problemen en zorgen te vergeten. Alcohol, en dan vooral bier en sterke drank, wordt vaak in het weekend gedronken. De jongeren met een LVB drinken niet vaak, maar als ze drinken, drinken ze regelmatig (te) veel. Als ze drinken is het vooral voor de gezelligheid, samen met anderen. De jongeren met een LVB gebruiken vaak meer alcohol of drugs wanneer zij over geld beschikken, dus als hun uitkering of zakgeld is gestort. Bij sommige professionals bestaat de indruk dat jongeren soms wat moeten terugdoen voor de middelen, bijvoorbeeld dat ze ingezet worden als drugsrunner.

Volwassenen met een LVB gebruiken voornamelijk alcohol, maar cannabis- en harddrugsgebruik komen ook voor. Dit laatste betreft dan voornamelijk cocaïne (basecoke) en xtc, terwijl opiaatgebruik weinig voorkomt onder deze groep. De volwassenen met een LVB die alcohol

drinken, drinken veelal dagelijks. Zij drinken om stemmingen of angsten te onderdrukken, om mee te doen met anderen, of om teleurstellingen te vergeten. De volwassen LVB'ers kopen zelf alcohol en drugs en doen dat bij de supermarkt, coffeeshop of dealer.

PROBLEMEN DOOR HET MIDDELENGEBRUIK

Uit de interviews met professionals en cliënten blijken er zowel voor jongeren als volwassenen met een LVB negatieve gevolgen van het middelengebruik te zijn, onder andere problemen op het gebied van werk en dagbesteding, financiële problemen, criminele activiteiten en het versterken van negatief gedrag. Dit laatste houdt in dat mensen met een LVB die van nature een opvliegend karakter hebben, agressiever kunnen reageren als zij middelen hebben gebruikt. Van cannabisgebruik kunnen ze meer sombere gevoelens krijgen.

Daarnaast heeft het middelengebruik een negatieve invloed op hun sociale netwerk en ervaren zij lichamelijke problemen als gevolg van het gebruik. Mensen met een LVB hebben weinig inzicht in de (problematische) gevolgen van hun alcohol- of drugsgebruik.

Bram ondervond allerlei problematische gevolgen van zijn middelengebruik. Hij was jaren verslaafd aan harddrugs; zowel heroïne als cocaïne. Inmiddels is Bram 51 jaar en woont hij zelfstandig op een kamer. In zijn tienerjaren begon Bram te experimenteren met alcohol en drugs. In het kindertehuis waar hij woonde, speelden ze een dartspel waarbij verschillende soorten drugs op een dartbord geplakt werden; het middel dat het meest geraakt werd, werd die avond uitgeprobeerd. Bram ging meer drinken toen hij een relatie kreeg met een vrouw die ook regelmatig dronk. Hij wilde meedoen met de gezelligheid van de hele familie die 's avonds bij elkaar zat. Op een gegeven moment dronk hij een paar flessen sterke drank per dag. Hij was destijds inbreker en zette kluisraken, bovendien was hij actief in de drugshandel. Hij kreeg een ernstig ongeluk onder invloed van drank, maar had daarna toch een terugval in zwaar alcoholgebruik. Toen hij alles kwijt was begon hij cocaïne te gebruiken (basecoke) en was daar lange tijd verslaafd aan. Zijn lichaam had zwaar te lijden onder het drugsgebruik; hij vermagerde sterk en was regelmatig uitgedroogd. Tegenwoordig krijgt Bram wekelijks methadon aan huis en is hij afgekickt van de heroïne en cocaïne. Hij rookt nog wel twee tot vier joints per dag. Hij zei daarover: 'Liever rook ik dit

[wiet], ik heb er geen zin in om helemaal clean rond te lopen. En ik heb ook geen zin om stoned van de benzo's te zitten.'

RISICOFACTOREN VOOR PROBLEMATISCH MIDDELEN- GEBRUIK

Volgens de professionals zijn bij mensen met een LVB risicofactoren die het middelengebruik kunnen verergeren: een laag zelfbeeld, een traumatische ervaring (zoals slachtoffer zijn van mishandeling), problemen in de thuissituatie (onder andere middelengebruik van ouders) en het gebrek aan toekomstperspectief. Daarnaast hebben mensen met een LVB vaker gedragsstoornissen of autisme, waardoor zij meer verslavingsgevoelig zijn en een lagere impulscontrole hebben dan mensen met een normale intelligentie. Een verandering in de vertrouwde omgeving (bijvoorbeeld door het overlijden van een familielid) of een andere stresserende factor (zoals een brief van de deurwaarder of de Belastingdienst) kan daarnaast een acute hoge inname van alcohol of drugs veroorzaken. Tot slot is de vriendengroep waar mensen met een LVB mee omgaan een risicofactor voor het verergeren van het middelengebruik; als er in een vriendengroep veel alcohol of drugs gebruikt worden kan dat leiden tot een toename van het middelengebruik.

Conclusie

Dit onderzoek was gericht op het in kaart brengen van het middelengebruik onder jongeren en volwassenen met een LVB in de regio Rotterdam. Zoals blijkt uit eerder onderzoek (Bransen e.a., 2008), lijkt middelengebruik onder jongeren en volwassenen met een LVB niet vaker voor te komen dan onder de algemene bevolking. De resultaten van onze studie beschrijven niet de omvang van de problematiek. Alle geïnterviewde professionals vonden het moeilijk een schatting te geven van het aantal jongeren en volwassenen binnen hun instelling of organisatie met zowel een LVB als middelengebruik. Een van de redenen hiervoor is dat het IQ van cliënten binnen de verslavingszorg niet standaard wordt gemeten. Pas wanneer het vermoeden bestaat dat een cliënt een verstandelijke beperking heeft, wordt een IQ-test afgenomen. Dit is echter soms lastig, omdat cliënten zes weken nuchter moeten zijn op moment van afname of omdat er sprake is van een

taalbarrière. Het afnemen van een screener voor LVB (zoals de Sumid-Q)⁶ zou hierbij behulpzaam kunnen zijn. Daarnaast is ook een betere signalering van middelengebruik binnen de LVG-zorg nodig.

De resultaten laten zien dat risicofactoren voor problematisch middelengebruik vaak voorkomen onder deze groep, en dat het middelengebruik grotere negatieve consequenties kan hebben, bijvoorbeeld door de invloed op aanwezige gedragsproblemen of door interactie met medicatie. Mensen met een LVB beginnen vaak met alcohol- of drugsgebruik onder invloed van anderen, om 'erbij te horen', maar later spelen andere motieven een rol, zoals het vergeten van problemen of het gebruiken van middelen als een vorm van zelfmedicatie.

Uit de resultaten blijkt niet dat LVB-jongeren extreem vroeg beginnen met middelengebruik. Jongeren met een LVB gebruiken voornamelijk cannabis en alcohol, terwijl harddrugsgebruik incidenteel voorkomt. Het cannabisgebruik kan variëren van soms een joint tot (zeer) regelmatig gebruik. Volwassenen met een LVB gebruiken voornamelijk alcohol, maar cannabis- en harddrugsgebruik komt bij hen ook voor. In de besproken literatuur is het verschil in middelen die gebruikt worden door jongeren (voornamelijk cannabis) en volwassenen (voornamelijk alcohol) nog niet naar voren gekomen. Dit is zowel voor de herkenning van problematisch middelengebruik als voor de behandeling een relevant onderscheid.

De mate van het gebruik hangt sterk samen met de beschikbaarheid van financiële middelen. Het middelengebruik heeft negatieve gevolgen voor verschillende leefgebieden, onder andere als het gaat om dagbesteding of werk, het sociale netwerk of de financiële situatie.

Ook kan het middelengebruik bepaald gedrag versterken; mensen met een opvliegend karakter kunnen bijvoorbeeld sneller agressief worden als zij alcohol drinken. Dit is in overeenstemming met de gevonden literatuur (McGillicuddy, 2006; Sturmey e.a., 2003).

Professionals benadrukken dat de meeste problemen als gevolg van het middelengebruik voor mensen met een LVB niet anders zijn dan voor mensen met een normale intelligentie. Wat wel anders is bij jongeren en volwassenen met een LVB, is dat ze niet of weinig inzicht hebben in de oorzaak-gevolgrelatie bij alcohol- en drugsgebruik en de problematische gevolgen daarvan. Dit vereist een andere benadering in de zorg en begeleiding dan bij mensen met een normale intelligentie.

6 Zie <http://www.webwinkeltactus.nl/webshop/product/bekijk/id/37>.

BEPERKINGEN VAN DE STUDIE

Dit onderzoek is uitgevoerd in de regio Rotterdam in vier settings waar mensen met een LVB zich bevinden: MEE Rotterdam, de (L)VG-zorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang. Doordat het onderzoek niet is uitgevoerd in alle settings waar mensen met een LVB zich bevinden, zijn de onderzoeksresultaten niet te generaliseren naar de totale populatie mensen met een LVB in de regio Rotterdam en Nederland.

De settings sociale werkvoorziening en voortgezet speciaal onderwijs (VSO) zijn om verschillende redenen buiten het onderzoek gelaten. Allereerst blijkt uit eerder onderzoek dat de werkgevers van sociale werkvoorzieningen erg weinig zicht hebben op het middelengebruik van hun medewerkers (Dijkstra & Bransen, 2010). Daarnaast is het de verwachting dat mensen met een LVB en problematisch middelengebruik al eerder zijn uitgevallen in het werkproces, vanwege hun middelengebruik. De setting VSO is niet geïnccludeerd in dit onderzoek, omdat er momenteel al veel onderzoeksinitiatieven zijn omtrent middelengebruik op het VSO (o.a. Veldhuis & Schrijvers, 2012). Vrij recent zijn er representatieve landelijke cijfers verschenen over middelengebruik onder deze doelgroep (Kepper e.a., 2011). Er zijn geen cliënten van MEE Rotterdam geïnterviewd, omdat MEE een doorverwijsfunctie heeft en we hun cliënten dus in de andere settings konden vinden.

Wij verwachten niet, gezien de aard van de vraagstellingen (kenmerken, gevolgen en risicofactoren), dat het onderzoek in andere settings of regio's wezenlijk andere resultaten zou hebben opgeleverd. De belangrijkste settings zijn immers in dit onderzoek opgenomen.

Aangezien wij een kwalitatief onderzoek hebben uitgevoerd door middel van diepte-interviews, zijn geen uitspraken mogelijk over prevalenties, frequenties, enzovoort. Het aantal interviews was voldoende om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Wij bereikten bij de professionals een verzadigingspunt: verdere interviews leverden geen nieuwe informatie op. Bij cliënten kunnen wij niet zeggen of een verzadigingspunt was bereikt. Wel hoorden wij hier geen nieuwe gezichtspunten meer, door de combinatie met de informatie uit de interviews met de professionals. In het onderzoek van Dijkstra en Bransen (2010) werden zes interviews met cliënten gehouden, in aanvulling op interviews met professionals. Een aanbeveling is om in vervolgstudies de cliënt een belangrijker plaats te geven, waarbij rekening dient te worden gehouden met de beperkte verstandelijke vermogens van de doelgroep.

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK

Onze onderzoeksresultaten en die van eerder onderzoek tonen aan dat middelengebruik onder mensen met een LVB een probleem is dat terecht meer aandacht heeft gekregen in de afgelopen jaren. Er zijn verschillende trainingen en producten ontwikkeld voor professionals die specifiek gericht zijn op middelengebruik onder mensen met een LVB. Zo wordt sinds enkele jaren de training *Open en alert* gegeven aan medewerkers in verschillende settings waar mensen met een LVB zich bevinden. Deze training wordt gegeven door medewerkers van de verslavingszorg en is gericht op het verkrijgen van kennis over middelengebruik, het leren signaleren van middelengebruik en het begeleiden van mensen met een LVB die (problematisch) middelen gebruiken. Verder zijn er in Nederland enkele behandelmodules en trainingen beschikbaar die specifiek gericht zijn op mensen met zowel een LVB als middelenmisbruik. Een voorbeeld daarvan is de Leefstijltraining PLUS, die meer aansluit bij mensen met een LVB dan de reguliere Leefstijltraining (De Haan, Wielenga & Van Meijel, 2012).

Daarnaast is er een behandelmodule van Tactus en Avelijn, specifiek gericht op mensen met een LVB en middelenmisbruik: 'Minder drank of drugs'. Dit is een behandelmodule die in de verslavingszorg in te zetten is. Belangrijke elementen voor het slagen van de behandeling zijn het aanbieden van de module in de context van de cliënt en een goed contact tussen de behandelaren en een vertrouwenspersoon uit de LVB-instelling (Kiewik & Den Ouden, 2012). Het Trimbos-instituut heeft daarnaast twee producten ontwikkeld die gebruikt kunnen worden in de voorlichting over middelengebruik aan mensen met een LVB: *Bekijk 't nuchter*, een box met een handleiding en allerlei 'LVB-proof' voorlichtingsmateriaal over middelen, en *TRIP*, een bordspel dat gebruikt kan worden om op een laagdrempelige manier over alcohol en drugs te praten met jongeren met een LVB.

Naast deze hulpmiddelen die ingezet kunnen worden tijdens de begeleiding, is er ook veel aandacht voor het online aanbieden van hulpverlening aan jongeren met een LVB. Zo heeft verslavingszorginstelling Brijder een e-healthmodule ontwikkeld voor cliënten met een LVB en bevat de eerder genoemde *Bekijk 't nuchter* een website waar jongeren informatie kunnen krijgen over middelengebruik.

Er is nog veel winst te behalen, zowel in de verslavingszorg als in de maatschappelijke opvang, wat betreft het herkennen van en anticiperen op de verstandelijke beperking bij mensen die problematisch middelen gebruiken. In de (L)VG-zorg gaat het vooral om het beter leren signaleren en begeleiden van middelengebruik onder cliënten met een LVB.

IMPLICATIES VOOR ONDERZOEK

De genoemde trainingen en producten zijn een greep uit het aanbod voor professionals die werken met jongeren en volwassenen met een LVB. Het aanbod op het gebied van preventie en hulpverlening aan mensen met zowel een LVB als middelengebruik kan echter nog verbeterd worden. De trainingen en producten die gericht zijn op mensen met een LVB die middelen gebruiken zijn vaak wel procesmatig geëvalueerd, maar de effectiviteit ervan is nog niet aangetoond. Hiervoor is nader onderzoek nodig.

Summary**Alcohol and drug use among people with a mild intellectual disability**

Alice Hammink, Carola Schrijvers & Dike van de Mheen

Alcohol and drug use is relatively common among people with a mild intellectual disability (MID), as are the adverse effects of this use. Although the prevalence of alcohol and drug use in this group is not higher than in the general population, the consequences are more severe: substance use among people with a MID is more likely to lead to problems in different life-domains such as social relations, work, psychiatric disorders or behavioral problems. Aim of the study was to estimate the nature of substance use and related problems among adolescents and adults with a MID. We interviewed 14 professionals and 5 persons with a MID who use substances, from different sectors (healthcare institutions for mentally disabled people, social care and addiction treatment centers). Adolescents with a MID predominately use cannabis and less frequently alcohol, whereas adults with MID mainly use alcohol. Substance use negatively influences work, school, social relationships and behavior of people with a MID. Substance use often starts under the influence of their social environment; later on they continue using substances due to force of habit, to forget about their problems, or as self-medication. There is need for appropriate care for people with a combination of MID and problematic substance use.

Literatuur

- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2014). Website: <http://www.aidd.org>.
- Barendregt, C., Schrijvers, C., Baars, J. & Mheen, D. van de (2011). *Zorg voor zwervjongeren met ernstige problematiek. Onderzoek naar de aansluiting tussen de zorgvraag en zorgaanbod in Rotterdam*. Rotterdam: IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving.
- Barrett, N. & Paschos, D. (2006). Alcohol-related problems in adolescents and adults with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 481-485 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16874120>).
- Bransen, E., Schipper, H., Mutsaers, K., Haverman, M. & Blekman, J. (2008). *Aard en omvang van middelengebruik bij licht verstandelijk gehandicapte jongeren. Een eerste verkenning bij jongeren zelf en hun begeleiders*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Christian, L. & Poling, A. (1997) Drug abuse in persons with mental retardation: a review. *American Journal on Mental Retardation*, 102, 126-136.
- Clerkx, M. & Trentelman, M. (2007). *Van kei en eik. Over de behandeling van verslaving bij volwassen mensen met een licht verstandelijke handicap. Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Amersfoort: Landelijk Kenniscentrum LVG/Expertisecentrum.
- Cocco, K. & Harper, D. (2002). Substance use in people with mental retardation: a missing link in understanding community outcomes? *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 34-41.
- Didden, R., Embregts, P., Toorn, M. van der & Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: a pilot study. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 927-932 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19217753>).
- Dijkstra, M. & Bransen, E. (2010). *Middelengebruik bij volwassenen met een licht verstandelijke beperking. Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dowling, S., Hubert, J., White, S. & Hollins, S. (2006). Bereaved adults with intellectual disabilities: a combined randomized controlled trial and qualitative study of two community-based interventions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 277-287. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16507032>).
- Haan, K. de., Wielenga, F. & Meijel, B. van (2012). *Leefstijltraining-PLUS. Handleiding voor de trainers*. Alkmaar: Hogeschool InHolland.
- Kepper, A., Monshouwer, K., Dorsselaer, S. van & Vollebergh, W. (2011). Substance use by adolescents in special education and residential youth care institutions. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 311-319 (DOI 10.1007/s0078701101762).
- Kiewik, M. & Ouden, R. den (2012). *Factsheet. Minder drank of drugs*. Deventer: Tacitus Verslavingszorg.
- McGillcuddy, N.B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 41-47 (DOI 10.1002/mrdd.20092).
- Mutsaers, K., Blekman, J. & Schipper, H. (2007). *Licht verstandelijk gehandicapten en middelengebruik. Wat is er tot op heden bekend?* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nagel, J.E.L. van der, Kiewik, M., Postel, M.G., Dijk, M. van, Didden, R., Buitelaar, J.K. & Jong, C.A.J. de (2014). Capture recapture estimation of the prevalence of

- mild intellectual disability and substance use disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 808-813.
- Nieuwenhuis, D. (2010). Een dossieronderzoek bij Tactus Verslavingszorg Twente. Middelen-gebruik en het hebben van een verstandelijke beperking. Enschede: Universiteit Twente/Tactus Verslavingszorg.
- Ras, M., Woittiez, I., Kempen, H. van & Sadiraj, K. (2010). Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008. *Zorg en Financiering*, Vol. 9. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (DOI 10.1007/BF03095370).
- Sturmey, P., Reyer, H., Lee, R. & Robek, A. (2003). Substance related disorders in persons with mental retardation. Kingston, NY: NADD.
- Tactus Verslavingszorg (2014). Website: www.webwinkeltactus.nl/webshop/product/bekijk/id/37.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B. & McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health and Social Care in the Community*, 15, 360-368 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17578397>).
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B. & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 588-597 (DOI 10.1111/j.1365-2788.2006.00820).
- Veldhuis, L. & Schrijvers, C. (2012). Naar een integrale aanpak van genotmiddelen-gebruik door cluster 4 leerlingen van het voortgezet speciaal onderwijs. Rotterdam: IVO.
- Westermeyer, J., Phaobtong, T. & Neider, J. (1988). Substance use and abuse among mentally retarded persons: a comparison of patients and a survey population. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14, 109-123.
- Westermeyer, J., Kemp, K. & Nugent, S. (1996). Substance disorder among persons with mild retardation. *American Journal of Addiction*, 5, 23-31.